



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA**

**EDUARDA HELENA VIEIRA ZUZARTE FERREIRA**

**AVALIAÇÃO DOS HÁBITOS ALIMENTARES DE CRIANÇAS E**  
**ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE SÃO CRISTOVÃO – SE**

**SÃO CRISTÓVÃO**  
**2015**

**EDUARDA HELENA VIEIRA ZUZARTE FERREIRA**

**AVALIAÇÃO DOS HÁBITOS ALIMENTARES DE CRIANÇAS e  
ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE SÃO CRISTOVÃO – SE**

Trabalho de conclusão de curso,  
apresentado como requisito parcial à  
obtenção de grau de Bacharelado em  
Farmácia, pela Universidade Federal  
de Sergipe, sob a orientação da Prof<sup>ª</sup>.  
Dr<sup>ª</sup>. Aurélia Santos Faraoni

**SÃO CRISTÓVÃO**

**2015**

## SUMÁRIO

<b>1. RESUMO .....</b>	<b>2</b>
<b>2. INTRODUÇÃO E OBJETIVO .....</b>	<b>3</b>
<b>3. MATERIAIS E MÉTODOS .....</b>	<b>4</b>
<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>6</b>
<b>5. DISCUSSÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>6. CONCLUSÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>7. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>13</b>
<b>8. TABELAS E FIGURAS .....</b>	<b>19</b>

**Avaliação dos hábitos alimentares de crianças e adolescentes do município de São Cristovão – SE**

**Assessment of eating habits of children and teenagers in the city of São Cristovão – SE**

Eduarda Helena Vieira Zuzarte FERREIRA<sup>1</sup>

Aurélia Santos FARAONI<sup>1</sup>

Dulce Marta Schimieguel Mascarenhas LIMA<sup>2</sup>

Carlos Adriano Santos SOUZA<sup>3</sup>

Iraê Oliveira MOURA<sup>1</sup>

Paloma Aparecida Santos ROCHA<sup>1</sup>

Sara Fernanda Mota de ALMEIDA<sup>1</sup>

Renata Costa MATOS<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Curso de Farmácia. Laboratório de Alimentos e Bebidas. Departamento de Farmácia, Universidade Federal de Sergipe, Av. Marechal Rondon. CEP: 49100-000, São Cristóvão, Sergipe, Brasil.

<sup>2</sup> Curso de Farmácia. Laboratório Análises Clínicas e Toxicológicas. Departamento de Farmácia, Universidade Federal de Sergipe, Av. Marechal Rondon. CEP: 49100-000, São Cristóvão, Sergipe, Brasil.

<sup>3</sup> Curso de Farmácia. Laboratório de Farmacognosia. Departamento de Farmácia, Universidade Federal de Sergipe, Av. Marechal Rondon. CEP: 49100-000, São Cristóvão, Sergipe, Brasil.

<sup>4</sup> Curso de Nutrição. Departamento de Nutrição, Universidade Federal de Sergipe, Av. Marechal Rondon. CEP: 49100-000, São Cristóvão, Sergipe, Brasil.

## Resumo

**Objetivo:** o presente estudo se propôs a avaliar o perfil alimentar de crianças e adolescentes na faixa de 7 a 12 anos de idade atendidas na Unidade Básica de Saúde em São Cristóvão - SE. **Materiais e Métodos:** trata-se de um estudo observacional, descritivo com delineamento transversal realizado com 20 crianças e adolescentes. Para tanto, foi utilizado como instrumento de coleta de dados, um questionário semi-estruturado. A coleta foi realizada no período de julho a agosto do ano de 2014. Os dados foram analisados no programa SPSS 20. **Resultados:** a média de idade dos participantes foi de 9,80 anos, sendo 70% do sexo masculino. A educação das crianças é responsabilidade das mulheres em 65% dos casos. Quanto à escolaridade das mães, 65% possuíam ensino fundamental incompleto. O período de amamentação exclusiva de 50% da amostra foi inferior aos seis meses. Com relação às refeições, 90% fazem entre três a cinco vezes ao dia e em 70% dos casos, as mães são responsáveis pela alimentação. Os alimentos que apresentaram baixo consumo foram dos grupos das frutas, verduras e legumes. Quanto ao estado nutricional, 5% estavam com magreza, 60% eutróficas e 35% sobrepeso e obesidade, sendo uma frequência maior de excesso de peso no sexo feminino. Em referência ao perfil lipídico, houve alteração tanto no colesterol, como nos triglicerídeos (40% e 5%, respectivamente). **Conclusão:** hábitos alimentares inadequados remetem à necessidade de elaboração de planos estratégicos para a adição de ações de incentivo à adesão de hábitos saudáveis, prevenindo complicações futuras.

**Palavras-chave:** crianças e adolescentes, sobrepeso, obesidade, hábitos alimentares.

## Abstract

**Objective:** This study aimed to assess dietary profile of children and teenagers, ages 7-12 years old attended the Health Basic Unit in São Cristóvão/SE. **Materials and Methods:** This was an observational, descriptive with cross-sectional design involving 20 children and teenagers. To this, was used as data collection instrument, a semi-structured questionnaire. Data collection was conducted between July and August 2014. Datas were analyzed using SPSS 20. **Results:** The average age of participants was 9.80 years, being 70% male. The education of children is the responsibility of women in 65% of cases. In relation to scholarity of mothers, 65% had elementary education. The exclusive breastfeeding's period of 50% of the sample was less than six months. With regard to meals, 90% are between three and five times a day, and in 70% of cases are mothers are responsible for feeding. The foods with low consumption were groups of fruits and vegetables. Regarding nutritional status, 5% were underweight, 60% with eutrophic and 35% overweight and obesity, being a higher frequency of overweight in females. Referring in to lipid profile, there was a change in both cholesterol and in triglycerides (5% and 40%, respectively). **Conclusion:** inadequate dietary habits indicate the need for strategic planning for adding of actions to encourage adherence of healthy habits, preventing future complications.

**Key-words:** children and teenagers, overweight, obesity, eating habits.

## **Introdução**

Nos países em desenvolvimento, tem-se verificado um processo de transição nutricional nas últimas décadas. Essas mudanças de hábito caracterizam-se pela queda da desnutrição e pelo aumento das taxas de sobrepeso e obesidade em todas as idades, associados ao sedentarismo e às mudanças nos padrões alimentares da população, como também às mudanças sociais, econômicas e demográficas decorrentes do processo de desenvolvimento do país (1,2).

Segundo Teixeira e colaboradores (3), a sociedade moderna sofre grande influência da mídia e da industrialização, o que acarreta mudança no seu padrão de vida e conseqüentemente nos hábitos alimentares, devido ao aumento da densidade energética, maior consumo de carnes, leites e derivados ricos em gorduras, e redução do consumo de frutas, cereais, verduras e legumes.

No que concerne à população brasileira, nos últimos 40 anos, ocorreram intensas transformações sociais e econômicas, como o acesso e a reorientação dos serviços de saúde, bem como a melhoria do poder aquisitivo das famílias de menor renda, repercutiram nos modos de vida, inclusive nos padrões de consumo e de saúde (4). Apesar da melhora recente do estado nutricional brasileiro decorrente dos ganhos econômicos e da grande expansão de serviços e programas de saúde, a má nutrição ainda persiste especialmente nas regiões norte e nordeste, onde a distribuição de renda apresenta significativa disparidade quando comparada as regiões sul, sudeste e centro-oeste (5).

Conforme descrito anteriormente, houve avanço no estado nutricional da população brasileira, entretanto há um aumento no consumo de alimentos que não contribuem para a saúde da população. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (6), os habitantes brasileiros acompanham as tendências

internacionais com o aumento expressivo do consumo de alimentos industrializados, com destaque para refrigerantes, biscoitos, refeições prontas e embutidos. Os dados do instituto apresentaram que o excesso de peso e a obesidade já atingem, respectivamente, 40,6% e 11,1% da população adulta.

Nesse contexto, o Brasil tem sido colocado entre os quatro países que apresentaram aumento de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes quando avaliado tanto em populações carentes como nas classes mais favorecidas (7). As fases da infância e da adolescência sofrem diversas transformações, sejam elas fisiológicas bem como importantes mudanças psicossociais, que contribuem para a vulnerabilidade característica desses grupos populacionais. Intervenções antes dos dez anos de idade reduzem a gravidade das doenças causadas pelos maus hábitos alimentares de maneira mais eficiente do que as mesmas intervenções na fase adulta (8,9).

Diante do exposto, o presente trabalho tem como objetivo analisar o perfil de alimentação de crianças e adolescentes na faixa de 7 a 12 anos de idade atendidas na Unidade Básica de Saúde em São Cristóvão - SE.

## **Materiais e Métodos**

Trata-se de um estudo piloto, observacional, descritivo com delineamento transversal. A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS), do município de São Cristóvão - SE.

A população foi obtida por conveniência e constituída por 20 crianças e adolescentes, em jejum, na faixa etária de sete a doze anos de idade, de ambos os sexos, assistidas pela UBS de São Cristóvão - SE e que participaram da “Campanha de Detecção de Anemia, Obesidade e Sobrepeso em Criança”, realizada no período de julho a agosto de 2014. Os pais ou responsáveis que aceitaram participar do estudo

assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O critério de exclusão englobou as crianças que já tinham realizado à primeira refeição.

Os dados foram coletados através de um questionário semi-estruturado adaptado de Fumagalli, Del Pino e Rito (10,11,12). Este questionário continha perguntas fechadas sobre dado sócio demográfico, frequência alimentar e questões aberta e fechada sobre hábitos alimentares. Os alimentos referentes à frequência alimentar foram distribuídos em 10 grupos (Grupo de Leites e Derivados; Grupo de Pães e Cereais matinais; Grupo das Gorduras; Grupo de Cereais, Tubérculos e Massas; Grupo das Frutas; Grupo das Leguminosas; Grupo das Verduras Legumes; Grupo das Carnes e Ovos; Grupo das Bebidas; Grupo de Doces e Miscelâneas). O mesmo foi aplicado às mães juntamente com a criança ou o adolescente na UBS.

Com relação aos parâmetros antropométricos, foram mensurados peso e altura de todas as crianças e adolescentes participantes do estudo, sendo calculado o índice de massa corporal (IMC), por meio da fórmula descrita abaixo (I). O estado nutricional das crianças foi avaliado por meio do percentil de índice de massa corporal para idade (IMC/I) e classificado, conforme os pontos de corte propostos pelo World Health Organization (WHO) (13), em quatro categorias: magreza, eutrofia, sobrepeso e obesidade.

$$\text{IMC} = \text{Kg.m}^{-2} \quad (\text{I})$$

Onde:

IMC: índice de massa corporal

Kg: peso atual em quilograma

m: altura em metros

Para a realização da análise sanguínea, foram coletados de cada paciente 5 mL de sangue periférico por meio de punção venosa periférica. A alíquota foi coletada em tubos sem anticoagulante para a obtenção do soro por meio de centrifugação do sangue



a 3.000 rpm por 15 minutos, para posterior análise dos parâmetros bioquímicos. As concentrações plasmáticas de colesterol total e triglicérides foram determinados em espectrofotômetro, modelo SP-22 (BIOSPECTRO) pelo método colorimétrico enzimático de Trinder (Labtest, Minas Gerais, Brasil). Os resultados obtidos pelas análises foram comparados com os valores referenciais preconizados pela V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose para a faixa etária entre 2 e 19 anos (14).

As informações obtidas através da aplicação dos instrumentos de coletas de dados para cada indivíduo foram analisadas pelo *software* SPSS Statistics 20 *for Windows*. Os resultados referentes ao perfil sociodemográfico, hábitos alimentares, frequência alimentar, índices antropométricos e perfil lipídico foram analisados por estatística descritiva. Para avaliar a significância estatística da associação entre as variáveis sexo, escolaridade da mãe, responsável pela educação da criança, período de amamentação, classificação do IMC, número de refeições realizadas e níveis de triglicérides e colesterol foi utilizado o teste do Qui quadrado de Mantel Haenszel. As diferenças foram consideradas estatisticamente significantes caso o p valor fosse menor ou igual a 0,05.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (CAAE nº: 22983513.0.0000.5546) de acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## **Resultados**

Após a aplicação dos questionários, observou-se que a média de idade dos participantes do estudo era de  $9,80 \pm 1,51$  anos, sendo que a maioria era do sexo masculino (n=14; 70%). A maior parte dos questionários, 75%, foram respondidos pelas

mães e 25% outros familiares (pai, avó, prima e tia). No que concerne à educação das crianças e adolescentes, 45% é responsabilidade somente da mãe (n=9), 35% do pai e da mãe (n=7), 10% da avó (n=2) e 10% ficava a cargo da mãe biológica e avó materna (n=2). Quanto à escolaridade das mães, 65% possuíam ensino fundamental incompleto. (Tabela 1)

[Inserir Tabela 1]

Ao avaliar os hábitos alimentares das crianças e dos adolescentes, observou-se que 10% não foram amamentados, 50% tiveram o período de amamentação exclusiva inferior a seis meses e 25% foram amamentados, exclusivamente, até os seis meses. A introdução de alimentação complementar foi feita, em maior parte, antes dos seis meses (60%). As refeições eram realizadas entre três a cinco vezes ao dia por 90% da amostra e em 70% dos casos, as mães eram as responsáveis pela alimentação.

A Tabela 2 descreve a frequência de consumo de diferentes alimentos pela população em estudo. Os alimentos mais consumidos diariamente estão nos grupos: de leites e derivados; dos pães e cereais matinas; das gorduras; dos cereais, tubérculos e massa; e das leguminosas. Em contrapartida, os alimentos que apresentaram baixo consumo foram, principalmente, dos grupos das frutas, verduras e legumes.

[Inserir Tabela 2]

Os valores médios de peso, estatura e IMC são apresentados na Tabela 3, sendo que as médias dos grupos foram de 33,40 Kg, 1,40 m, e 17,04 Kg/m<sup>2</sup>, respectivamente. A partir do IMC, o estado nutricional foi classificado, observando-se que 5% estavam com magreza e 60% eutróficas. No que diz respeito ao sobrepeso e a obesidade, 35% da amostra estudada apresentou excesso de peso, sendo que se observou uma frequência maior entre o sexo feminino, quando comparados com o masculino (20% versus 15%).

[Inserir Tabela 3]

No que se refere ao perfil lipídico, foram observadas alterações nos parâmetros de colesterol total (Figura 1) e triglicerídeos (Figura 2), com maiores elevações nos índices de colesterol.

[Inserir Figura 1]

[Inserir Figura 2]

Não foi verificada associação estatisticamente significativa entre as variáveis sobrepeso/obesidade e período de amamentação; sobrepeso/obesidade e nível de colesterol; período de amamentação e colesterol; sobrepeso/obesidade e escolaridade.

## **Discussão**

Durante a infância, a família tem uma grande responsabilidade não só na oferta do tipo de alimentos, mas igualmente na formação do comportamento alimentar da criança, detendo os pais o papel de primeiros educadores nutricionais (15).

Neste estudo, não houve associação entre o nível de escolaridade da mãe e o excesso de peso. No entanto, Blasi e Campos (16) relatam que a escolaridade materna é um fator essencial, tanto para o desenvolvimento quanto para a permanência de obesidade em crianças e adolescentes, apresentando intensa relação com a escolha dos alimentos influenciando, dessa forma, nos hábitos alimentares. Fernandes e colaboradores (17) avaliaram as possíveis associações entre fatores de risco familiares e comportamentais e a presença do sobrepeso/obesidade entre adolescentes pertencentes à classe socioeconômica alta e classe socioeconômica baixa, na faixa de 11 a 17 anos, de ambos os sexos, na cidade de Presidente Prudente e constataram que o nível de escolaridade materna é um fator de proteção para obesidade e sobrepeso.

Em termos de aleitamento materno, foi verificado que a metade da população apresentou amamentação exclusiva inferior aos três meses. Resultados semelhantes foram constatados por Nogueira et al. (18) e Vieira et al. (19), em que os valores encontrados foram de 52,3% e 48,3%, respectivamente. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo por seis meses e complementado até os dois ou mais anos de idade (20). Diante do exposto, evidencia-se a necessidade de traçar estratégias que promovam a conscientização do aleitamento materno entre as mães atendidas na UBS. Horta e colaboradores (21) encontraram evidências que o aleitamento, em longo prazo, diminui o risco de doenças crônicas como hipertensão, diabetes e hipercolesterolemia.

Ao delinear o perfil dos cuidadores, notou-se que a maioria pertencia ao sexo feminino, corroborando com os resultados encontrados por Silva et al. (22), nos quais demonstraram que a maior parte dos cuidadores eram mulheres. Isso demonstra a perspectiva cultural de que a mulher é a cuidadora e responsável pela saúde e vida não só das crianças ou dos adolescentes, como também da família. Culturalmente, pressupõe-se que ela prepare e forneça a alimentação, aleitamento, educação e cuidados, no sentido de propor melhores condições de vida para a família. Portanto, fica ao encargo da mãe, o compromisso maior sobre a saúde dos filhos, constatando a visão tradicional do papel da mulher perante a sociedade.

Ao verificar o número de refeições realizadas pelas crianças e adolescentes, percebe-se que estes, realizavam, em média, quatro refeições, inferior ao preconizado pela OMS, em que o número de refeições recomendadas diariamente é cinco (23). De modo semelhante aos resultados encontrados neste trabalho, o estudo realizado por Martins e Pereira (24) com adolescentes entre 10 a 14 mostram que a prevalência do número de refeições realizadas está entre três a cinco vezes ao dia (82,4%). Esse

resultado pode estar associado aos índices de sobrepeso encontrado na amostra analisada, visto que, quando o organismo humano recebe poucas refeições diárias, a cada uma delas tentará depositar uma enorme quantidade de nutrientes e energia, visando o jejum rotineiro no qual é submetido. Dessa forma, o alongamento no tempo entre suas refeições, a médio e longo prazo promove o aumento de peso (25).

Nesta pesquisa, houve relato de consumo frequente de alimentos com alto teor de gordura e colesterol, com pouca ou nenhuma fonte de micronutrientes em todas as crianças e adolescentes analisadas. De acordo com o Guia alimentar para a população brasileira, (26) dentre os produtos prontos para consumo, os que fornecem mais calorias são pães e sanduíches, biscoitos doces e guloseimas em geral, refrigerantes, pipoca, bebidas lácteas adoçadas, embutidos, entre outros. Hábitos inadequados, como o consumo de biscoito recheados, bebidas artificiais e alto consumo de pão, foram frequentes não somente no grupo com excesso de peso, mas também nos eutróficos. Tais alimentos são definidos como ‘junk food’ e a sua ingestão habitual traz consequências futuras à saúde, elevando-se os riscos de obesidade, hiperlipidemia e outras doenças crônicas não transmissíveis (27).

O feijão, leguminosa rica em ferro e fibras (28), foi um alimento que apareceu em grande parte das refeições das crianças estudadas. Resultado similar foi encontrado no trabalho sobre hábitos alimentares, realizado por Rivera e colaboradores no Distrito Federal, no qual encontraram o feijão como o segundo alimento diário mais consumido (92,9%), demonstrando que alimentos básicos estão presentes na alimentação infantil (29). Segundo Rodrigues et al. (30), o feijão em combinações adequadas (com o arroz, por exemplo) forma uma base excelente para uma alimentação nutricionalmente equilibrada e atua como fator de protetor para o excesso de peso.

Quanto ao consumo de frutas, legumes e verduras, o presente estudo constatou que apenas 3,62% de todas as crianças e adolescentes apresentam consumo adequado de frutas, verduras e legumes. Dados semelhantes foram encontrados por Monticelli et al., (31) em que adolescentes escolares na faixa de 10 a 19 anos mostraram um consumo inapropriado de frutas e sucos e, especialmente, de verduras e legumes. Apenas 3,5% dos adolescentes apresentaram consumo adequado desses dois últimos grupos. O Ministério da Saúde, por meio do Guia Alimentar para a População Brasileira, (25) recomenda o consumo diário de três porções de frutas e três porções de legumes e verduras ao longo das refeições. Tais alimentos são considerados componentes importantes de uma dieta saudável, pois são fontes de fibras, micronutrientes e outros componentes com propriedades funcionais. O baixo consumo desses alimentos na adolescência pode se tornar um hábito alimentar persistente na vida adulta (32). Vale ressaltar que o consumo insuficiente de frutas, verduras e legumes são os principais fatores de risco para morbimortalidade entre adultos (33).

No que concerne ao IMC, a prevalência de sobrepeso e de obesidade apresentou-se relevante entre as crianças e adolescentes estudadas, corroborando com os dados encontrados por Santos et al., (34) em que há uma maior tendência de excesso de peso em comparação a desnutrição na população infantil. Souza e colaboradores (35) relatam que, fatores como desmame precoce do aleitamento materno, renda familiar, escolaridade materna, residência em área urbana, tempo de assistir à TV superior a três horas por dia, consumo de doces igual ou superior a quatro vezes por semana, baixa duração do sono e sedentarismo podem estar associados ao excesso de peso.

O excesso de peso foi maior no sexo feminino do que o masculino, semelhante ao estudo realizado por Oliveira et al., (36) em que observaram maior predominância de excesso de peso no sexo feminino (27,4% vs. 23,8% no sexo masculino). Este resultado

pode estar associado devido às meninas com maturação precoce apresentarem valores de peso e estatura elevados, com maior risco de sobrepeso/obesidade (37).

Neste estudo, não houve associação entre o excesso de peso e alteração no perfil lipídico (colesterol e triglicerídeos), apesar de haver alterações consideráveis nos níveis de colesterol total. Isso se deve ao fato de que dieta contribui pouco para a totalidade do colesterol, sendo a bile a principal fonte, razão pela qual o colesterol alimentar exerce menor influência sobre a colesterolemia (38). No entanto, trabalho realizado por Alcântara (39), no qual verificou que crianças e adolescentes, de 7 a 14 anos, com excesso de peso (sobrepeso ou obesidade) possuíam 3,14 vezes mais chance de apresentarem dislipidemia (valores aumentados de colesterol total e/ou triglicerídeos) do que aquelas com estado nutricional de eutrofia. De acordo com Vasques (40), um dos principais mecanismos prováveis nessa associação é o desenvolvimento de resistência à insulina.

O estudo em questão contou como limitação metodológica o número pequeno da amostra analisada, pois a campanha contou, somente, com 20 crianças aptas para a realização do exame de sangue.

### **Conclusão**

Observou-se um percentual de excesso de peso e obesidade maiores do que a OMS considera como aceitável. Além disso, crianças classificadas como eutróficas alimentam-se de forma inadequada. Dessa forma, é imprescindível delinear estratégias que promovam a educação alimentar dos pais, crianças e profissionais de saúde, pois somente com a educação e a capacitação dos usuários e profissionais poderá implicar em mudanças nos indicadores apresentados neste estudo, promovendo, dessa forma, hábitos mais saudáveis, promoção a saúde e prevenção de doenças.

## Referências Bibliográficas

1. Popkin, BM, Adair LS, NG SW. Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. **Nutrition Reviews®** Vol. 70(1):3–21. 2012.
2. Bortolotti, V. **Prevalência de excesso de peso em adolescentes no Brasil**. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande Do Sul – UNIJUI Ijuí 2014.
3. Teixeira PDS, Reis BZ, Vieira DAS, Costa D, Costa JO, Raposo OFF, et al. Intervenção nutricional educativa como ferramenta eficaz para mudança de hábitos alimentares e peso corporal entre praticantes de atividade física. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, Feb. 2013.
4. Almeida IALV. **Elementos para a Organização das ações de Alimentação e Nutrição na estratégia Saúde da Família**. Tese de doutorado (Nutrição Social). Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – UNB, Brasília, 2014.
5. Cabral MJ, Vieira KA, Sawaya AL, Florêncio TMMT. Perfil socioeconômico, nutricional e de ingestão alimentar de beneficiários do Programa Bolsa Família. **Estud. av.** vol.27 no. 78; São Paulo, 2013.
6. IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Alimentares POF 2002-2003**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/>> Acesso em: 06 de outubro de 2014.
7. Barros VO, Silva ML, Gonçalves CC, Tavares JS, Silva ME, Guedes ATL, et al. Perfil alimentar de crianças com excesso de peso atendidas em unidades básicas de saúde da família em Campina Grande-PB. **Alim.Nutr.**, Araraquara, v. 22, n. 2, p. 239-245, abr./jun. 2011.
8. Enes CC, Slater B. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. **Rev Bras Epidemiol** 2010; 13(1): 163-71.



9. Bertin RL, Malkowski J, Zutter LCI, Ulbrich AZ. Estado nutricional, hábitos alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares. **Rev Paul Pediatr** 2010; 28(3):303-8.
10. Fumagalli F. **Validação de Questionário Quantitativo de Frequência Alimentar para Crianças de 5 a 10 anos**. 2007. 106 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Nutricionais). Universidade Estadual Paulista – UNESP, Araraquara, 2007.
11. Del Pino, DP. **Adaptação e Validação de um Questionário de Frequência Alimentar para Crianças de 6 a 10 anos**. 2009. 71 f. Dissertação (Mestrado em Metabolismo e Nutrição). Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre, 2009.
12. Rito, A. **Questionário de Frequência Alimentar e Hábitos Saudáveis dirigido a Crianças dos 3-7 anos**, 2007 [Internet]. Disponível em <<http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/>> Acesso em: 05 de setembro de 2014.
13. World Health Organization - WHO. **Physical Status**: the use and interpretation of anthropometry. WHO Technical Report Series n. 854. Geneva: WHO, 1995.
14. Xavier HT, Izar MC, Faria NJR, Assad MH, Rocha VZ, Sposito A et al.; Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arq Bras Cardiol** 2013.
15. Kranz S, Findeis JL, Shrestha SS. Uso do Índice de Qualidade da Dieta Infantil Revisado para avaliar a dieta alimentar de pré-escolares, seus preditores sociodemográficos e sua associação com peso corporal. **J Pediatr**. 2008 84(1):26-34.

16. Blasi Marchiori B, Campos LC. **Relação do consumo alimentar de adolescentes obesos com escolaridade materna e renda familiar** (2008) [Internet]. Disponível em <[http://www.fag.edu.br/tcc/2008/Nutri%E7%E3o/relacao\\_do\\_consumo\\_alimentar\\_de\\_adolescentes\\_obesos\\_com\\_esco.pdf](http://www.fag.edu.br/tcc/2008/Nutri%E7%E3o/relacao_do_consumo_alimentar_de_adolescentes_obesos_com_esco.pdf)> Acesso em: 27 de outubro de 2014.
17. Fernandes RA, Casonatto J, Christofaro DGD, Ronque ERV, Oliveira AR de, Freitas Júnior, I. F. Riscos para Excesso de peso entre Adolescentes de diferentes classes socioeconômicas. **Rev. Assoc. Med. Bras.** [S.I.] v. 54, n. 4, 2008.
18. Nogueira ZD, Boa-Sorte N, Leite MEQ, Kiya MM, Amorim T, Fonseca SF. Aleitamento materno e perfil antropométrico de crianças com doença falciforme acompanhadas em serviço de referência em triagem neonatal. **Rev Paul Pediatr.** 2015.
19. Vieira GO, Almeida JA, Silva LR, Cabral VA, Netto PV. Breast feeding and weaning associated factors, Feira de Santana, Bahia. **Rev Bras Saude Mater Infant**, 4 (2004), pp. 143–150.
20. Brasil. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: Nutrição infantil aleitamento materno e alimentação complementar.** Caderno de Atenção Básica, nº 23. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
21. Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG. **Evidence on the long-term effects of breastfeeding:** systematic reviews and meta-analyses. Geneva: World Health Organization, 2007.

22. Silva EB, Menezes LP, Stamm B, Hempel SF, Nora LSD. Saberes e práticas de pais ou responsáveis no cuidado de pré-escolares. **Rev Enferm UFSM** 2013 Mai/Ago; 3(2):185-196.
23. OMS. Joint **WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases**. Geneva, Switzerland, 2002.
24. Martins AMM, Pereira HCFL. **Obesidade na adolescência**: um olhar sobre os conhecimentos e opiniões dos alunos do 2º e 3º ciclos. 2013. 137 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Comunitária). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, 2013.
25. Ferreira TS, Chafauzer C, Araújo Júnior FM, Silva GB. Obesidade central em jovens. **Science in Health**, São Paulo, 3(2): 61- 73; maio-ago 2012.
26. Brasil. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014.
27. Siqueira PP, Alves JGB, Figueiroa JN. Fatores associados ao excesso de peso em crianças de uma favela do Nordeste brasileiro. **Rev Paul Pediatr** 2009;27(3):251-7.
28. INCA. **Hábitos alimentares** [Internet]. Disponível em <[http://www1.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?ID=18](http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=18)> Acesso em: 08 de outubro de 2014.
29. Rivera FSR, Souza EMT. Consumo alimentar de escolares de uma comunidade rural. **Comun. Ciênc. Saúde**, v. 17, n. 2, p. 111-119, 2006.
30. Rodrigues PRM, Pereira RA, Cunha DB, Sichieri R, Ferreira MG, Vilela AAF, et al. Fatores associados a padrões alimentares em adolescentes: Um estudo de base escolar em Cuiabá, MG. **Rev Bras Epidemiol**, v. 15, n. 3, p. 662-74, 2012.

31. Monticelli FDB, Souza JMP, Souza SB. Consumo de frutas, legumes e verduras por escolares adolescentes. **Journal of Human Growth and Development** 2013; 23(3): 331-337.
32. Ness AR, Maynard M, Frankel S, Smith GD, Frobisher C, Leary SD, Emmett PM, Gunnell D. Diet in childhood and adult cardiovascular and cause mortality: the Boyd Orr cohort. **Heart** 2005; 91(7):894-898
33. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Doenças crônicas degenerativas e obesidade: Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde.** Brasília: OPAS; 2003.
34. Santos JFM, Torquato SCR, Frota KMG, Nascimento LC, Freire JAP. Perfil nutricional e socioeconômico de crianças hospitalizadas em instituição pública de Picos – Piauí. R. **Interd.** v. 7, n. 4, p. 106-114, out. nov. dez. 2014.
35. Souza MCC, Tibúrcio JD, Bicalho JMF, Rennó HMSR, Dutra JS, Campos LG, Silva ES. Fatores associados à obesidade e sobrepeso em escolares. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2014 Jul-Set; 23(3): 712-9.
36. Oliveira JR; Frutuoso MFP, Gambardella AMD. Associação entre maturação sexual, excesso de peso e adiposidade central em crianças e adolescentes de duas escolas de São Paulo. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.** [online]. 2014, vol.24, n.2, pp. 201-207. ISSN 0104-1282.
37. Adair LS, Gordon-Larsen P. Maturation timing and overweight prevalence in US ado-lescent girls. **Am J Public Health** 2001;91:642-644.
38. Mok HY, von Bergmann K, Grundy SM. Effects of continuous and intermittent feeding on biliary lipid outputs in man: application for measurements of intestinal absorption of cholesterol and bile acids. **J Lipid Res.** 1979;20(3):389-98.

39. Alcântara Neto OD. **Fatores associados à dislipidemia em crianças e adolescentes de escolas públicas de Salvador, Bahia, Brasil** [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2010.
40. Vasques ACJ. Indicadores do perfil lipídico plasmático relacionado à resistência à insulina. **Rev Assoc Med Bras.** 2009; 55(3):342-6.

**Tabela 1. Características sócio-demográficas de crianças e adolescentes, bem como dos seus responsáveis, atendidas na UBS. São Cristóvão, SE, 2015.**

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>TOTAL</b>	
<b>DADOS DA CRIANÇA</b>	nº da amostra = 20	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	6	30
Masculino	14	70
<b>Faixa Etária (anos)</b>		
7-8	4	20
9-10	10	50
11-12	6	30
<b>DADOS DOS RESPONSÁVEIS</b>		
<b>Encarregado pela educação da criança</b>		
Mãe	9	45
Pai e mãe	7	35
Avó	2	10
Mãe e avó	2	10
<b>Escolaridade da mãe</b>		
Fundamental incompleto	13	65
Fundamental completo	2	10
Médio incompleto	1	5
Médio completo	4	20
Não sabe	0	0

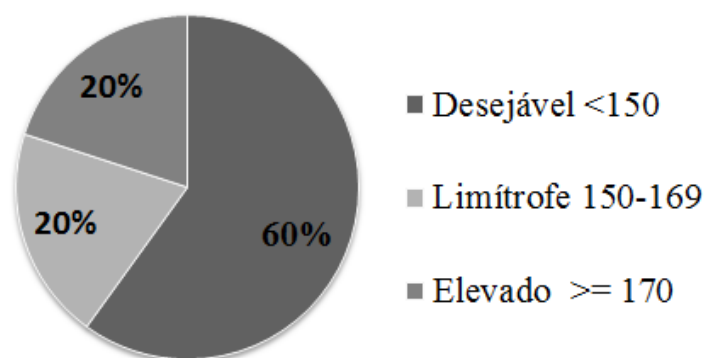
**Tabela 2. Frequência de consumo, em porcentagem, dos alimentos mais consumidos pelas crianças e pelos adolescentes, de acordo com seus respectivos grupos. São Cristóvão, SE, 2015.**

<b>ALIMENTOS</b>	<b>FREQUÊNCIA DE CONSUMO</b>			
	<b>Não consome</b>	<b>Diário</b>		<b>Semanal</b>
		<b>1-5 vezes</b>	<b>6-10 vezes</b>	<b>1-5 vezes</b> <b>6-10 vezes</b>
<b>Grupo de leites e derivados</b>				
Leite Integral	5%	60%	-	25% 5%
Iogurte c/ Frutas	45%	20%	-	30% -
<b>Grupo dos pães e cereais matinais</b>				
Pão de sal/forma	5%	55%	-	35% 5%
Biscoito doce ou salgado	5%	40%	-	50% -
<b>Grupo das gorduras</b>				
Margarina comum	10%	75%	-	15% -
<b>Grupo dos cereais, tubérculos e massas</b>				
Arroz branco	-	85%	-	10% -
Batata, macaxeira não fritos	40%	5%	-	50% -
Batata doce	40%	5%	-	50% -
Macarrão, lasanha	-	10%	-	70% -

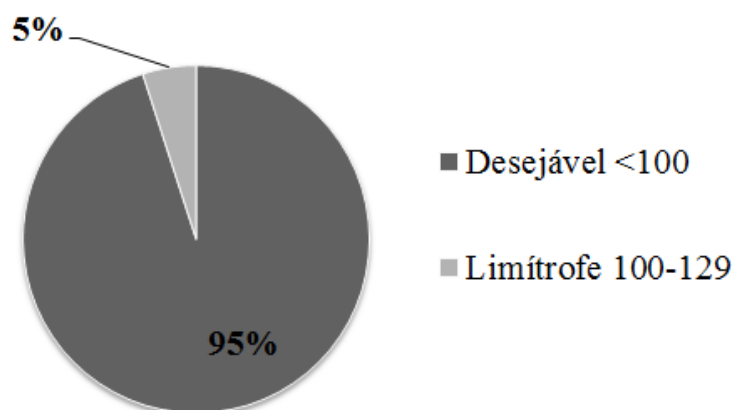
<b>Grupo das frutas</b>					
Laranja	5%	10%	-	70%	-
Banana	10%	30%	10%	40%	-
Maçã, pêra	10%	25%	10%	35%	-
Melão, melancia	10%	15%	-	45%	-
Uva, abacaxi, goiaba	15%	20%	5%	45%	-
Suco de laranja natural	40%	5%	-	50%	-
Suco de outras frutas	-	35%	-	60%	5%
<b>Grupo das leguminosas</b>					
Feijão preto, carioca	-	75%	-	15%	10%
<b>Grupo das verduras legumes</b>					
Alface	40%	15%	-	45%	-
Cenoura, abóbora	25%	10%	-	50%	-
Tomate	30%	20%	-	50%	-
<b>Grupo das carnes e ovos</b>					
Carne bovina s/ gordura	10%	10%	-	70%	-
Carne de frango s/ pele	-	10%	-	85%	5%
Peixe	5%	-	-	55%	-
Linguiça e salsicha	5%	-	-	80%	-
Ovo frito	25%	15%	-	60%	-
Presunto e mortadela	15%	5%	-	75%	-
<b>Grupo das bebidas</b>					
Café c/ açúcar	30%	55%	5%	5%	5%
Sucos artificiais	20%	25%	-	35%	10%
Refrigerante	5%	10%	-	45%	15%
<b>Grupo de doces e miscelâneas</b>					
Bolos, tortas e pavês	5%	-	-	70%	-
Pipoca (cheetos)	-	15%	-	55%	-

**Tabela 3. Média e desvio-padrão das variáveis antropométricas, de acordo com o sexo de crianças e adolescentes. São Cristovão, SE, 2015.**

VARIÁVEIS	TODOS (N=20)	SEXO	
		Feminino (n=6)	Masculino (n=14)
<b>Peso (kg)</b>	33,40±6,64	33,78±6,25	33,24±6,81
<b>Estatura (m)</b>	1,40±0,08	1,37±0,08	1,41±0,18
<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	17,04±6,44	17,86±2,43	16,65±2,02



**Figura 1.** Classificação dos níveis de colesterol total (mg/dL) de acordo com os valores referenciais de crianças e adolescentes. São Cristovão, SE, 2015.



**Figura 2.** Classificação dos níveis de triglicerídeos (mg/dL) de acordo com os valores referenciais de crianças e adolescentes. São Cristovão, SE, 2015.